

TB INFEKCE POHYBOVÉHO APARÁTU

MUDr. Mgr. Dalimil Chocholáč – OLÚ Jevíčko, ortopedické oddělení pro diagnostiku a léčbu osteoartikulární TB
Doc. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D. – ortopedická klinika LF UP a FN Olomouc

Je česká odborná veřejnost připravena na „nový přísun“ tuberkulózních afekcí nejen v oblasti kyčelních kloubů související se zvětšenou migrací zejména ze zemí východní části EU? Disponujeme alespoň základními informacemi o TB pohybového aparátu tak, abychom na eventuální TB infekci v rámci diferenciální diagnostiky alespoň mysleli? Máme dostatečné znalosti k adekvátní léčbě TB infektu kyčlí?

Právě na tyto a podobné otázky odpovídá tento příspěvek, ve kterém autoři mj. podávají poměrně stručný a ucelený přehled diagnostických metod při stanovení diagnózy TB zánětu v oblasti pohybového aparátu, důraz je ale kladen zejména na použití antituberkulotik (AT) jako nutného prostředku léčby TB infektu obecně.

Vzhledem k horší penetraci účinných látek do kostně kloubních struktur je třeba jednoznačně trvat na adekvátním prodloužení AT léčby, zejména pak při projevech nežádoucích účinků vyvolávajících nutnost redukce dávky AT.

V současné době se v ČR používají AT léky tzv. první řady, a sice isoniazid (Nidrazid, Isozid), rifampicin (Arficin, Benemicin), ethambutol (Sural), pyrazinamid (Pyrazinamid, Tisamid) a streptomycin (Streptofatol, Streptomycin). Těchto pět léčiv se používá v iniciační fázi léčby ve čtyř až pětikombinaci za monitoringu orgánových funkcí, zejména jater a ledvin.

V dalších schématech jsou přístupná další chemoterapeutika jako ciprofloxacin (Ciphin, Ciprinol aj.), amikacin (Amikin), cykloserin (Cycloserine), clofazimin (Lamprene), capreomycin (Capastat, Capreomycin) a další. Tato tzv. AT druhé řady jsou vyhrazena léčbě polyrezistentních (rezistentní alespoň na 2 AT první řady s výjimkou nidrazidu a rifampicinu) a multirezistentních (rezistentní minimálně na isoniazid a rifampicin) forem TB, v ČR často neregistrovaná, podávaná v souladu s podmínkami mimořádného dovozu se souhlasem SÚKL.

Samostatnou kapitolou je pak další péče o pacienta po TB infektu v kloubní oblasti, kde se uvažuje o implantaci TEP, zde jednoznačně doporučujeme implantovat TEP s odstupem minimálně půl roku od vyléčení TB, lépe za rok; současně však vždy s krytím zajišťovací dvoukombinací AT ve složení isoniazid a rifampicin.

AT léčba TB pohybového aparátu je složitá a finančně náročná, dlouhodobě pacienta vyřazující z pracovního procesu, v prvních minimálně 3-4 měsících je třeba trvat na ústavním podávání AT.